

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

436

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

G. DUPAU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES

DE L'OREILLE MOYENNE

Président : M. RECLUS, professeur

Juges { MM. TUFFIER, agrégé
LECENE, agrégé
OMBREDANNE, agrégé

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPARRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	BAR
	RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde affection

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale des Hôpitaux de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Tumeurs Malignes Primitives de l'Oreille moyenne

INTRODUCTION

Au début de cette année, nous avons eu la bonne fortune d'observer, dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants-Malades, un enfant portant à la région mastoïde gauche une tumeur pour laquelle le diagnostic de tumeur maligne fut porté.

De visu au moment de l'opération, et ensuite par l'examen histologique ce diagnostic fut en tous points confirmé : nous avons affaire à un sarcome primitif de l'oreille moyenne.

Un peu auparavant MM. Lemarch'Adour et Roland avaient observé un cas semblable qu'ils voulaient bien me communiquer.

En raison de la rareté et de la gravité des tumeurs de cette nature, M. le Dr agrégé Broca nous suggéra l'idée d'en faire le sujet de notre thèse.

Encouragé et guidé par lui, nous avons essayé de contribuer à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille

moyenne, en compulsant les travaux publics sur elles jusqu'à ce jour et en reproduisant les observations qui nous ont paru les plus intéressantes dans la littérature médicale de ces dernières années.

Mais avant d'entrer dans notre sujet nous avons un devoir de reconnaissance à remplir envers les maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

C'est avec joie que nous profitons de cette circonstance pour exprimer nos sentiments de profonde et de respectueuse gratitude à M. le Dr Delaunay, directeur de l'Ecole de Médecine de Poitiers. Nous n'oublierons jamais son inlassable dévouement quand il nous initiait aux charmes des études médicales.

Merci à tous nos maîtres de l'école de Poitiers où nous avons fait nos premières études.

A Paris nous avons suivi avec le plus grand intérêt les cliniques de MM. Launois à Tenon, Pozzi à l'hôpital Broca, Sébilleau à Lariboisière, Reclus à la Charité, etc., etc. Nous garderons le meilleur souvenir de leurs précieuses leçons.

Nous remercierons tout particulièrement M. le Dr agrégé Broca qui nous a accueilli dans sa clinique avec une bienveillance marquée. Il nous a inspiré le choix de notre sujet et a bien voulu nous aider dans l'élaboration de notre travail : Nous le prions d'agréer l'hommage de notre sincère reconnaissance.

Que M. le professeur Reclus veuille bien recevoir ici l'expression de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne étaient autrefois complètement méconnues, on les prenait le plus souvent pour des caries du temporal ou de l'apophyse mastoïde; ou bien, si le diagnostic de tumeur maligne était porté, on ne s'inquiétait pas du siège initial de la néoformation.

Toynbec (1) le premier, puis Kretschmann (2) (1887), Charazac (3) (1892), Politzer, Hartmann consacrent quelques articles au cancer de l'oreille et rapportent des cas personnels intéressant l'oreille moyenne.

L'attention ayant été attirée sur ce sujet, les observations publiées dans les journaux de Médecine et de Chirurgie et dans les revues d'otologie deviennent relativement moins rares et permettent aux auteurs des études plus approfondies (Steinbrugge, etc.).

Les indications les plus intéressantes ont été réunies dans la thèse de Marchal (4) en 1895, faite avec beaucoup de soin : nous lui avons fait de fréquents emprunts dans l'élaboration de notre sujet.

1. Toynbec. *Diseases, etc., Deutsche Uebers*, p. 332.

2. Kretschmann. *Archiv. für Ohrenheilkunde*. Bd. 24, p. 231, 1887.

3. Charazac. *Revue laryngologique*, 1892, n° 1, 2 et 3.

4. Marchal. Thèse, Paris, 1894-1895, n° 275. *Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne*.

En 1898 Fuynel (1) insiste sur la transformation cancroïdale des vieilles otites suppurées et en 1905 Beck (2) publie un mémoire portant sur 37 observations qu'il a pu recueillir dans les publications médicales.

En plus des cas cités nous avons trouvé une quarantaine d'observations.

1. Fuynel. Thèse, Lyon, 1898, n° 130, *De la dégénérescence cancroïdale des vieilles otites suppurées.*

2. Beck (J.-C.) Tumors of the middle ear with report of two rare varieties *Laryngoscope Saint-Louis*, 1905, XV, 765-772.

ETIOLOGIE

Conditions générales. — Nous ne trouvons rien de particulier : la diathèse héréditaire doit exister ici comme ailleurs ; nous constatons seulement qu'elle a été très rarement mentionnée dans les observations que nous avons recueillies.

Les tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne se rencontrent à tout âge : Dench (1) rapporte un cas de sarcome chez un enfant de huit mois ; le cas de Lange (2) concerne un vieillard de quatre-vingt-trois ans.

Pourtant, d'une façon générale, c'est surtout dans la première enfance et dans la deuxième moitié de la vie que l'on voit se développer la néoformation.

Une statistique portant sur 40 cas nous a permis de dresser le tableau suivant :

Age	Hommes	Femmes	Total
1 à 10	5	5	10
10 à 20	1	1	2
20 à 30	3	2	5
30 à 40	3	1	4
40 à 50	4	5	9
50 à 60	3	1	4
60 à 70	1	3	4
70	2	»	2
	<u>22</u>	<u>18</u>	<u>40</u>

1. Dench. *Archiv. of otology*, 1904, vol. 33, p. 314.

2. W. Lange. *Ztschr. f. Ohrenh.* Wiesbaden, 1904, XLVI, 209-230.

Le sexe, on le voit, n'a pas d'importance, les chiffres sont sensiblement égaux, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes.

D'après les statistiques, il y aurait 1 cas de tumeur maligne de l'oreille moyenne pour 10.000 otorrhéiques.

Causes pathologiques. — Ce qui attire notre attention, c'est que dans 32 cas sur 40, nous avons relevé un antécédent morbide intéressant l'oreille. Nous savions que, d'une façon générale, le cancer est souvent consécutif à des irritations prolongées ou de vieilles suppurations.

Nous voyons qu'il en est de même pour l'oreille moyenne: presque toujours une affection chronique de la caisse en a fait un *locus minus resistentiæ* favorable à l'éclosion du néoplasme: le plus souvent il s'agit d'une otite moyenne purulente chronique; ce peut être aussi l'eczéma local (Voislawski) (1) ou encore un processus de sclérose (Marchal) (2); Charazac (3) a même publié l'observation d'un cas d'épithélioma vraisemblablement consécutif à une chute sur la tête.

Dans notre observation I (personnelle) nous n'avons relevé comme antécédent que l'existence de végétations adénoïdes: nous croyons toutefois pouvoir penser qu'indirectement, par oblitération de la trompe,

1. Voislawski. Tumors of the ear, *Ann. ot. rh. lar.* Saint-Louis 1905, XIV, 768-781.

2. Marchal. Thèse Paris, 1894-1895, n° 275.

3. Charazac. *Revue laryngologique*, 1892, n° 1, 2, 3.

ces végétations ont fait de l'oreille moyenne un lieu de résistance moindre.

Nous avons rencontré un antécédent morbide 7 fois sur 13 cas de sarcomes, 25 fois sur 27 cas d'épithéliums.

Il y avait donc une distinction à faire dans la pathogénie des tumeurs malignes entre les sarcomes et les épithéliums.

Les sarcomes paraissent plus souvent spontanés.

Le chapitre suivant nous donnera l'explication de cette différence.

Anatomie pathologique. — Nous rencontrons ici toutes les variétés de tumeurs malignes : parmi nos 13 sarcomes il y a 1 fibro-sarcome, 1 myxo-sarcome, 1 angio-sarcome, 2 sarcomes fuso-cellulaires ; parmi les 27 épithéliomes nous avons : 8 carcinomes et 2 endothéliomes. Nous citerons même deux cas d'actinomycose de la caisse que nous n'avons pas compris dans notre statistique comme étant des variétés trop spéciales, le cas de Beck (1) et le cas de Majocchi (2).

L'épithéliome vrai constitue la tumeur la plus commune : le type lobulé est plus fréquent que le type tubulé. Le type cylindrique est exceptionnel : Lange a publié le seul cas que nous ayons rencontré de carcinome à cellules cylindriques.

Comme le carcinome, l'épithéliome se rencontre le

1. Cas de Beck. *Ann. otol. rh. et lar.*, Saint-Louis, 1906. XV, 103-109.

2. Cas de Majocchi, Italie, *Refere Media*, 1892, p. 120.

plus souvent chez des otorrhéiques ayant dépassé la quarantaine. La marche en est assez lente (la mort arrive, en moyenne, dix-huit mois après les premières manifestations).

Le sarcome au contraire évolue avec une grande rapidité (dix mois en moyenne). La rapidité de l'évolution est d'autant plus grande que le type de la tumeur se rapproche davantage de la forme embryonnaire ; tel le sarcome à grandes cellules rondes (évolution en sept mois dans un cas de Hartmann).

« Plus le stroma de tissu conjonctif se trouve faiblement enveloppé, dit Steinbrugge (1), plus sont nombreuses les grandes cellules dont les noyaux présentent une segmentation active, et plus la décomposition des tumeurs et des parties traversées par leur masse aura lieu rapidement ».

Les tissus offrent plus ou moins de résistance à l'invasion cancéreuse : c'est ce qui nous explique la fréquence ou la précocité de telle ou telle complication.

Le tissu osseux ne présente aucune résistance ; il se laisse très vite envahir par la néoformation, il s'effrite, se ramollit, se transforme en une bouillie grisâtre ou rougeâtre où l'on trouve encore quelques particules osseuses décalcifiées.

Zéroni (2) attire l'attention sur la participation fréquente de la paroi antérieure du conduit auditif

1. Steinbrugge. *L'Oreille* (trad. par Rattel, Paris, 1895).

2. Zéroni. *Archiv. f. Ohrenh.* Leipzig, 48 Band, cahiers 3 et 4.

externe qui est habituellement épargnée dans les autres processus nécrosants : par là la tumeur gagnera facilement la parotide.

Le rocher disparaît presque complètement quelquefois ; dans deux cas de Manasse (1) le tissu osseux présentait de la dégénérescence hyaline. Le labyrinthe est souvent lésé, mais il garde sa forme presque toujours à cause de sa capsule très résistante.

Le tissu fibreux résiste mieux ; c'est ce qui nous explique la rareté de propagation de la tumeur au cerveau ; la dure-mère forme le plus souvent une barrière infranchissable ; elle s'épaissit au niveau de la néoformation et retarde son extension. Pourtant on a constaté qu'elle n'est pas toujours imperméable à l'infiltration néoplasique qui, dans certains cas, a intéressé le cerveau à travers une dure-mère d'apparence saine.

Les vaisseaux résistent longtemps ; il est rare qu'il se produise des hémorragies graves : le plus souvent, il est vrai, il se forme un thrombus qui en oblitère le calibre.

Les nerfs sont vite intéressés, les paralysies sont fréquentes et précoces.

Quant aux lymphatiques ils sont peu souvent pris, ce qui nous expliquerait la rareté des métastases ; peu d'observations en effet mentionnent la participation des ganglions du cou ou de la nuque.

1. Manasse. *Arch. f. Ohrenh.* Leipzig, 1898, XLV, 122.

PEUT-ON EXPLIQUER L'APPARITION DE LA TUMEUR?

L'histologie nous apprend que la muqueuse de la caisse du tympan est un prolongement de la muqueuse du pharynx supérieur. C'est une muqueuse à épithélium cylindrique, pourvue de glandes. D'autre part le tympan présente une structure fibreuse. Os, muscles, tissu fibreux : nous avons là tous les éléments nécessaires pour le développement de tumeurs conjonctives et ceci nous explique la possibilité de l'apparition de sarcomes sans antécédents morbides ayant modifié la structure de la caisse et de ses organes (6 cas sur 13).

Mais comment expliquer l'apparition de tumeurs épithéliales pavimenteuses, type le plus fréquent, sur une muqueuse cylindrique ? Steinbrugge invoque l'influence de la suppuration chronique qui existe presque toujours : « l'épithélium de la caisse, dit-il, subit une transformation épidermoïde, soit par métamorphose directe, de nature jusqu'ici inconnue, soit plus vraisemblablement par pénétration du revêtement externe, à travers les perforations de la membrane du tympan, ou les fistules osseuses. »

Cette transformation d'une muqueuse recouverte

d'épithélium cylindrique ou autre, avec production consécutive de carcinomes épithéliaux, se rencontrerait du reste ailleurs : dans l'utérus (Piéring), sur le larynx, le rectum et l'anus (Quénu).

De même, dans le plus grand nombre des observations, il semblait qu'on n'avait affaire, au début, qu'à un polype ; or les auteurs sont unanimes à admettre la transformation possible des polypes en tumeurs malignes.

Il peut y avoir plusieurs stades de transformations histologiques ; ce qui nous expliquerait les récidives des bourgeons de plus en plus rapides.

Quant aux épithéliomes nés dans une caisse saine, Steinbrugge les nie tout simplement ne pouvant expliquer leur développement.

Pourtant la lecture des observations publiées par Hartmann, Schwartze, Cheatle (1) ne nous laisse aucun doute sur l'intégrité de l'oreille moyenne avant l'apparition du néoplasme : le tympan était intact, l'oreille externe était saine.

Il faudrait nous dire aussi pourquoi le cancer de l'oreille moyenne est si rare, pourquoi, si la dégénérescence cancéroïdale à la suite d'une otite suppurée chronique est possible, cette dégénérescence ne se rencontre qu'une fois sur 10.000 otorrhéiques.

Les explications des auteurs restent donc insuffisantes.

1. Cheatle *Arch. int. de lar.* 1904 (vol. 17), p. 948.

SYMPTOMES. EVOLUTION

PREMIÈRE PÉRIODE. — Les symptômes du début ne sont pas toujours les mêmes.

Dans les cas rares non précédés d'otorrhée les premiers symptômes sont ceux d'une otite subaiguë : dans un cas de Cheatele que nous résumerons tout à l'heure la patiente se plaignait de douleurs d'oreille : à l'otoscope on voit que le tympan fait saillie, on l'incise et on aperçoit alors un bourgeon charnu. Dans le cas d'Horcositas (1) le début est plus bruyant : douleurs, surdité, bourdonnements, vertiges, céphalée intense et surexcitation nerveuse.

Chez les malades atteints d'otorrhée le néoplasme est plus lent à se manifester : le malade souffre de douleurs inconstantes, assez légères au début. Il a la sensation d'un corps étranger dans son oreille ; assez brusquement se déclarent de violentes douleurs, avec irradiations hémicraniennes, douleurs qui durent un ou plusieurs jours pour disparaître quelquefois pendant un temps assez long. Ces douleurs vont par crises, le plus souvent elles sont de plus en plus vives et les crises sont de plus en plus longues : le malade

1. Horcositas. *Ann. des maladies de l'oreille*, 1900 (1^{er} semestre), p. 169.

ne peut dormir la nuit, ses souffrances lui arrachent des cris. On croit n'avoir affaire qu'à des douleurs névralgiques : le sulfate de quinine est souvent efficace. A cette première période on rencontre aussi des bourdonnements et de la diminution de l'ouïe. L'écoulement est plutôt fétide, quelquefois sanguinolent ; le plus souvent on constate aussi l'apparition d'un bourgeon charnu dans le conduit.

Rien jusque-là ne nous permet de porter un diagnostic.

DEUXIÈME PÉRIODE. — La seconde période correspond à l'extension de la tumeur ; presque toujours elle est caractérisée par un symptôme important, la paralysie faciale avec déviation des commissures et des traits vers le côté de la figure opposé à la lésion. La paralysie faciale peut être précoce et apparaître en même temps que les douleurs : elle est due, comme elles, à l'extension de la tumeur et à des phénomènes de compression.

Cette paralysie n'est pas, il est vrai, spéciale aux tumeurs malignes de l'oreille moyenne, on la rencontre dans les otites moyennes suppurées ; mais tandis que dans le cas d'otite, la paralysie est souvent peu marquée, passagère, et cède quelquefois ainsi que les symptômes douloureux, à la paracentèse du tympan, la paralysie que nous avons ici devient de plus en plus parfaite, la compression du nerf se compliquant de son infiltration néoplasique.

En même temps que la paralysie, quelquefois avant, plus souvent après, on constate la présence dans le

conduit de bourgeons charnus peu différents des polypes que l'on rencontre dans les otites suppurées chroniques. On a signalé que leur aspect était plus rougeâtre, fendillé, crevassé, granuleux, que leur surface d'implantation était large et non pédiculée ; nous retiendrons seulement :

1° Qu'ils saignent au moindre contact et donnent des hémorragies plus abondantes que les polypes ordinaires (hémorragies précoces abondantes dans un cas de Treitel) (1);

2° Qu'ils sont accompagnés d'une sécrétion fétide et sanieuse;

3° Qu'ils sont rebelles aux cautérisations et récidivent très vite.

Nous voyons donc qu'aucun de ces signes n'est pathognomonique de l'affection qu'il s'agit de démasquer et pourtant il est urgent que le diagnostic soit fait dans cette période si l'on veut pratiquer une intervention avec quelque chance de guérison.

TROISIÈME PÉRIODE. — Nous retrouvons ici les mêmes signes mais plus accentués : les douleurs sont atroces, l'audition nulle du côté malade. Un symptôme qui, pour Zéroni, est le plus important après les douleurs, la cachexie, apparaît. Sa marche ne présente rien de particulier.

Cette période est caractérisée par l'envahissement de toutes les parties voisines et il ne faut plus penser pouvoir intervenir avec des probabilités de succès.

1. Treitel : *Ztschr. of. Ohrendlkünde*, t. 28.

L'engorgement ganglionnaire, quand il doit se manifester, ne se produit guère qu'à cette époque tardive : dans notre observation II la participation ganglionnaire du cou et du pourtour de l'oreille est précoce, mais cette participation est aussi exceptionnelle par sa précocité que par son importance.

Comme nous l'avons fait remarquer déjà, dans les cas de tumeurs malignes de l'oreille moyenne, les lymphatiques sont assez rarement pris et les métastases sont peu fréquentes. Nous mentionnerons toutefois que cette remarque est moins vraie dans les cas de carcinomes que dans les cas d'épithéliums. Nous sommes d'accord en cela avec Voislawski.

Marchal invoque, pour expliquer la rareté de l'extension aux lymphatiques, la rapidité remarquable de l'évolution du néoplasme : l'infiltration maligne des lymphatiques n'aurait pas le temps de se manifester.

Cette troisième période est plus ou moins longue, les symptômes varient suivant les territoires où s'installe la néoformation dans sa marche envahissante.

Par l'aditus ad antrum, la tumeur gagne aisément la mastoïde et nous avons alors l'illusion d'une mastoïdite.

Le pavillon, les tissus préauriculaires sont envahis ; des vertiges, des bruits subjectifs aigus nous indiquent une lésion du labyrinthe.

La destruction osseuse est quelquefois plus étendue que dans les pires cas de carie ou de cholestéatome : la partie antérieure du conduit, l'écaille du temporal, tout le rocher, l'apophyse zygomatique, la

bâse du crâne, le rocher opposé, les vertèbres cervicales peuvent être atteints de dégénérescence néoplasique.

Par la brèche antérieure du conduit la tumeur envahit la parotide : nous aurons alors une tuméfaction parotidienne avec abolition de la sécrétion de la glande.

Par la trompe, la tumeur envoie des bourgeons dans le naso-pharynx, occasionnant ainsi de la gêne dans la déglutition et de l'obstruction nasale.

Des paralysies apparaissent ; tous les nerfs que la tumeur rencontre dans sa marche envahissante sont intéressés : dans le cas de Sugær (1) un prolongement prévertébral amène des paralysies unilatérales du glosso-pharyngien, du vague, du récurrent, de l'hypoglosse ; dans un cas de Cheatle (2) tous les nerfs émergeant du foramen jugulaire sont paralysés, etc.

Enfin la propagation peut s'effectuer au cerveau et c'est là la complication la plus grave.

Brieger insiste sur la résistance remarquable que la dure-mère oppose à l'extension du néoplasme : souvent elle s'épaissit au contact de la tumeur ; c'est son intervention qui rend si rare la formation des abcès intra-craniens et l'éclosion de méningites.

Dans certains cas la tumeur refoule la dure-mère et par compression elle peut occasionner des douleurs et des paralysies, mais souvent aussi elle finit

1. Sugær, *Archiv. f. Ohrenh.* Leipzig 1900, L. 105-112.

2. Cheatle, *J. Laryngol.* Lond. 1907, XXII, 105-108.

par vaincre l'obstacle, traverse la dure-mère et envahit le cerveau. Son extension est alors particulièrement rapide et le malade meurt bientôt dans le coma après avoir présenté tels ou tels symptômes de lésions cérébrales.

Qu'il s'agisse de lésions nerveuses intracrâniennes ou périphériques, les phénomènes de paralysie (quelquefois précédés de phénomènes d'excitation) n'ont rien de particulier et nous n'y insisterons pas : nos connaissances anatomiques, devant un signe clinique, par exemple la raucité de la voix avec position cadavérique d'une corde vocale, nous permettront de reconnaître quelle doit être la lésion nerveuse et de la localiser.

Nous avons gardé pour la fin une complication très rare : l'hémorragie foudroyante par érosion d'un vaisseau important.

L'enveloppe fibreuse des vaisseaux les protège presque toujours, le plus souvent un thrombus oblitère leur calibre et empêche l'hémorragie quand ils n'ont pas résisté à l'infiltration néoplasique :

Pourtant Garmalt (1) nous cite un cas d'ouverture du sinus latéral, Hewetson (2) signale une érosion de la carotide interne, Beck (3) découvre à l'autopsie une ulcération de l'artère vertébrale.

Nous voyons donc que cette troisième période quelquefois assez longue quand la cachexie est seule

1. Garmalt. *Trans. of. Amer., otol. Soc* 1889.

2. Hewetson. *The Lancet*, 26 mai 1888.

3. Beck. *Ann. otol. R. et lar.* Saint-Louis 1906 (XV) 103-109.

en scène est souvent écourtée par l'apparition d'une des nombreuses complications possibles : méningites, abcès du cerveau, paralysies, hémorragie foudroyante, etc.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Quand nous avons étudié la symptomatologie des tumeurs malignes de l'oreille moyenne, nous avons reconnu la nécessité absolue d'un diagnostic précoce. En passant en revue chacun des symptômes des deux premières périodes nous n'en avons trouvé aucun qui fût spécial. C'est pourquoi dans toutes les observations que nous avons rencontrées au cours de nos recherches, sauf deux ou trois exceptions, l'intervention a été trop tardive et le malade n'a pu être sauvé : les diagnostics d'otite moyenne suppurée, de catarrhe tubaire, de mastoïdite, de carie osseuse, de sclérose de la caisse, etc., etc., avaient été portés avant celui de tumeur maligne.

Nous ne mentionnerons pas ici les cas exceptionnels où une forme anormale de bourgeon, une forte hérédité néoplasique, un engorgement ganglionnaire précoce éveilleront de bonne heure l'idée d'une tumeur maligne. Il faut que cet éveil soit donné dans les conditions défectueuses ordinaires.

Malgré la rareté des cas de tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne, il faut d'abord qu'aucun spécialiste, aucun médecin n'ignore leur existence. C'est ce qui nous a encouragé à produire notre tra-

vail si ridiculement modeste et qui n'a d'original que son excessive médiocrité.

Toutes les fois que, chez un malade atteint d'otorrhée, il survient des douleurs violentes procédant par crises ; s'il existe dans son conduit un bourgeon charnu rébelle aux cautérisations et nageant dans un pus sanieux et fétide ; si surtout il s'établit de la paralysie faciale, il faudra se pénétrer de la gravité de l'affection possible et se faire un devoir de prélever à la hâte une parcelle du bourgeon pour l'examiner au microscope.

Si l'examen ne donne rien et si les symptômes persistent ou s'aggravent, il est nécessaire de pratiquer une ou plusieurs autres biopsies.

Le pronostic était autrefois absolument fatal ; il y a quinze ans à peine on ne connaissait pas de cas de guérison.

Depuis que l'attention a été attirée sur ce sujet, depuis que les cas non méconnus de tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne sont publiés dans les traités d'otologie et les ouvrages de médecine, depuis, en somme, que l'éveil a été donné, il a été rapporté des cas de guérison définitive à la suite d'une intervention énergique en temps favorable.

Ceci doit nous encourager et le pronostic sera un peu moins sombre qu'il n'était jadis, quand toutefois le néoplasme sera reconnu dans une des deux premières périodes de son évolution.

TRAITEMENT

Il ne faut pas nous arrêter au traitement médical qui n'a ici qu'un rôle secondaire (analgésiques, morphine). Nous ne supposons pas, en effet, que le sérum de Coley (toxines d'érysipèle et de bacillus prodigiosus) que propose le Dr Braislin, (1) de New-York, puisse en rien modifier le cours de la maladie.

Nous considérons aussi que les Rayons et le radium ne peuvent avoir d'utilité que dans un emploi post-opératoire.

Dès que l'analyse microscopique nous a donné un diagnostic positif, il faut intervenir d'une façon énergique, avec la curette tranchante et la gouge. Le manque de hardiesse est coupable : il apparaît d'après la lecture des observations que nous reproduirons tout à l'heure, que les grattages par le conduit ont été toujours insuffisants et n'ont eu pour résultat que d'exalter la malignité du néoplasme.

Nous pratiquerons donc une ouverture large, atticotomie ou attico-antrectomie, pour pouvoir enlever facilement tout tissu suspect d'infiltration néoplasique ; nous ne nous arrêterons qu'à des parois saines. Par

1. M. Braislin, *Ann. of otol.*, mars 1907.

là nous pourrons surveiller facilement l'évolution post-opératoire et nous aider, s'il y a lieu, de l'emploi du radium ou des Rayons.

Le facial se trouve presque toujours à découvert et nous pourrons facilement l'éviter ; mais nous le sacrifions sans hésiter s'il est suspect d'infiltration ou s'il nous gêne.

Cette intervention, dont nous ne pourrons espérer guérison que dans peu de cas, aura au moins l'avantage de faire cesser momentanément les phénomènes douloureux que le traitement médical est presque toujours impuissant à atténuer. Dans la suite, s'il y a récurrence, les douleurs n'atteindront jamais leur acuité première.

Quelquefois, même sans espoir de guérison, nous pratiquerons un curettage de l'antre pour diminuer les souffrances du malade.

Nous ne pouvons passer en revue toutes les indications particulières à chaque complication ; elles n'ont rien de très spécial.

Nous indiquerons toutefois que, dans certains cas désespérés, nous pourrons, imitant l'exemple de Eve (1), pratiquer la ligature de la carotide externe.

1. Epithélioma primitif de la cavité tympanique gauche (*Arch. intern.*, mars-avril 1908).

OBSERVATION PERSONNELLE

A... Roger, âgé de six ans, est amené dans le service de M. le docteur Broca, à l'hôpital des Enfants-Malades, le 14 janvier 1908 ; l'enfant souffre de violentes douleurs dans l'oreille gauche et présente une tumeur de la mastoïde correspondante.

Les parents sont bien portants, toutefois le père accuse une légère boiterie à la suite de paralysie infantile.

Il y a cinq enfants vivants, le petit Roger est le quatrième, le cinquième enfant, âgé de quatre ans, est atteint de paralysie infantile intéressant le membre inférieur droit.

Notre petit malade était un très bel enfant né à terme ; nourri au sein, il a marché de bonne heure. Pourtant on a remarqué qu'il respirait difficilement par le nez ; il ne mouchait pas, dormait la bouche ouverte et nasonnait un peu en parlant.

L'enfant entendait bien, il ne s'était jamais plaint de douleurs d'oreille, on n'avait jamais constaté d'otorrhée.

Début. — En juillet 1907, très discrètement commence un léger écoulement de pus un peu fétide et de sang par l'oreille gauche. Pas de douleurs. On fait des lavages.

Bientôt des bourgeons charnus se montrent dans le conduit externe. En novembre le polype est enlevé par les voies naturelles. L'état général bon jusque là s'altère, le petit

malade commence à souffrir de douleurs très vives, surtout marquées la nuit et empêchant le sommeil.

Le polype récidive très rapidement : une tuméfaction apparaît à l'apophyse mastoïde ; la peau s'ulcère et une masse fongueuse apparaît.

Les douleurs sont insupportables, l'état général est profondément atteint. Entrée à l'hôpital le 14 janvier.

Examen à l'entrée. — Le pavillon de l'oreille est décollé, refoulé en bas et en avant par une masse du volume d'une grosse noix qui occupe la région mastoïdienne. Dans son ensemble cette région est représentée par une tuméfaction immobile sur les parties profondes et de consistance dure. La peau qui la recouvre est adhérente, amincie, rouge ; elle présente une ulcération de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50.

Cette ulcération, non douloureuse à la pression, saigne au moindre toucher, mais elle ne saigne pas au repos.

En avant la région parotidienne est soulevée par une tuméfaction peu volumineuse, sans changement de couleur de la peau, et semblant faire corps avec la glande.

Pas d'engorgement des ganglions cervicaux.

Le pharynx est libre.

Par le conduit fait saillie une masse rouge, ulcérée, suintante, saignant facilement au contact, de consistance assez ferme.

L'enfant est pâle, maigre, cachectique. Il souffre dans toute la région de l'oreille de douleurs très vives qui l'empêchent de dormir et par moments lui arrachent des cris ; il ne peut en préciser les irradiations. Il existe de la paralysie faciale complète. L'odeur de la suppuration des masses ulcérées est repoussante. Appétit nul.

Malgré une biopsie qui, sur un prélèvement superficiel du bourgeon du conduit, ne permet de voir que des lésions inflammatoires du tissu conjonctif, malgré la température qui oscille entre 38 degrés et 38°5, le diagnostic porté est ; tumeur maligne de l'oreille moyenne ayant envahi l'apophyse mastoïde et la région parotidienne.

Opération. — Le 18 janvier est pratiqué un évidement de la tumeur, sans espoir d'ailleurs d'en atteindre les limites. La curette rencontre un tissu assez ferme saignant abondamment, substitué aux cellules de la caisse dont on ne voit plus trace, au tissu osseux voisin et qui a comblé toutes les cavités. La paroi antérieure du conduit est détruite et par là le néoplasme a gagné la région parotidienne. De ce côté on n'arrive pas à rencontrer un tissu d'apparence saine, tandis qu'après l'évidement pétro-mastoïdien on était arrivé à des parois osseuses limitantes qui ne paraissaient pas néoplasiques (du reste on se faisait illusion sur leur intégrité réelle).

Après cette intervention purement exploratrice et palliative, les douleurs sont très amendées pendant les premiers temps, l'appétit revient et l'état général est amélioré. Puis très vite les parois bourgeonnent en tous sens ; des masses ulcérées, sanieuses font irruption par le conduit, derrière le pavillon et en avant de la parotide ; les douleurs recommencent (sans toutefois atteindre leur intensité première), l'appétit disparaît, la cachexie reprend sa marche.

L'enfant meurt chez ses parents, le 15 mars, un mois après sa sortie de l'hôpital, environ deux mois après l'opération.

Il y a un prolongement nouveau à la région temporale et

dans le naso-pharynx, il y en a un autre énorme, qui a, pendant les derniers jours, gêné la déglutition et causé un peu de dyspnée. Ce dernier prolongement est venu soit par la trompe, soit par la parotide, on ne peut le préciser. Pas d'œdèmes. On n'a constaté aucun signe d'envahissement cérébral.

L'enfant a conservé jusqu'à la fin toute sa connaissance.

L'examen histologique fait par M. Masson indique un myxo-sarcome : cet examen histologique ayant révélé des particularités très intéressantes, sera l'objet d'une étude spéciale que M. Masson publiera incessamment.

Voici quelques notes qu'on a bien voulu nous communiquer :

Les multiples lobes de la tumeur ont une structure identique. Sur un fond myxomateux se détachent des îlots de cellules pauvres en protoplasme, à contours irréguliers, à noyau volumineux et très chromophile, souvent en karyokinèse. Les éléments sont parfois pressés les uns contre les autres, simulant des trainées épithéliales, mais le plus souvent séparés par une substance amorphe, ou par le prolongement des cellules myxomateuses voisines.

Cà et là on trouve des cellules nécrosées ou en dégénérescence graisseuse.

Certains îlots ont pour centre un bouquet de capillaires étroitement serrés. D'autres, et ce sont les plus nombreux, sont dépourvus de vaisseaux.

Vers la périphérie, ces îlots prennent l'aspect de

cordons cellulaires anostomosés qui s'amincissent et se continuent, dans une zone nettement inflammatoire, avec des vaisseaux néoformés. L'endothélium de ces vaisseaux se surélève, se multiplie, devient exubérant et l'on constate avec évidence que l'élément caractéristique de la tumeur en tire son origine.

Un épiderme aminci et ulcéré par plans enveloppe le tout.

La parotide est envahie et dans le moule conjonctif, bien conservé, de ses lobules, on voit encore en certains points les restes de ses conduits excréteurs.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. Lemarch'Adour et Rolland.)

M^{me} S..., cinquante-deux ans, femme de lettres, vue en juillet 1907 pour la première fois. La malade venait consulter pour une otite purulente chronique datant de plusieurs années, dit-elle, mais qui serait en recrudescence depuis quelques mois.

Le conduit est rempli par une masse polypeuse volumineuse, l'écoulement purulent est extrêmement abondant et d'odeur repoussante : le polype nage dans le pus.

Il y a de plus un empâtement rétro-auriculaire qui paraît être nettement ganglionnaire et qui repousse le pavillon en avant.

On déblaye le conduit à l'anse froide, à plusieurs reprises, mais on y renonce bientôt, les masses polypeuses se reformant avec une grande rapidité.

Du reste, en plus de la tuméfaction rétro-auriculaire il s'en est développé une nouvelle volumineuse, sous angulo-maxillaire et une autre préauriculaire.

Le diagnostic de tumeur maligne est dès lors porté sans qu'il soit fait de biopsie.

La malade jusqu'alors en bon état général maigrit, son teint jaunit, elle souffre de douleurs vives.

Les masses ganglionnaires restent stationnaires jusqu'en septembre. A ce moment le ganglion rétro-auriculaire rougit, fluctue et donne l'indication d'un coup de pointe : il y a issue d'un pus ichoreux et fétide.

Quelques jours plus tard par la petite plaie opératoire sort un champignon charnu et fongueux.

Peu à peu toute la pléiade ganglionnaire augmente de volume, s'ulcère et forme une masse fongueuse, saignante, purulente, allant jusqu'à l'occipital.

Novembre 1907. — Il apparaît seulement une paralysie faciale ; la malade traîne une existence misérable jusqu'en février 1908. Très intelligente, se rendant parfaitement compte de son état, malgré l'acuité des douleurs, elle repoussa l'idée d'une intervention dont elle savait ne pouvoir espérer la guérison.

Cachexie. Mort en février.

Il s'agissait d'un sarcome.

(W. Sohier Bryant (New-York). — *Annales d'otologie*
Saint-Louis 1907 (301-312.)

Intervention tardive pour un carcinome de l'oreille moyenne.

Homme de quarante-cinq ans, très gros, nerveux, impressionnable.

Très forte hérédité néoplasique. Otorrhée ancienne.

On a constaté par ordre chirurgical : abaissement du sourcil droit ; modification du caractère ; affaiblissement de l'ouïe à gauche et tintements, douleurs sur le vertex ; herpès de l'oreille (indiquant, d'après Hunt, une lésion du ganglion géniculé) ; douleurs autour de l'oreille ; céphalée ; déviation de la face ; névralgies dentaires très pénibles et engourdissement de la mâchoire ; troubles dans la fonction nasale ; diplopie ; enfin surdité totale à gauche et paralysie faciale prononcée.

La tumeur aurait ainsi intéressé, en progressant en dehors le long de la trompe, le trijumeau (vraisemblablement le ganglion de Gasser), le moteur oculaire externe et le facial.

L'opération est beaucoup trop tardive : le patient s'est refusé très longtemps à un examen histologique de la tumeur, il n'accepte l'intervention chirurgicale qu'après avoir consulté 18 spécialistes et reçu les soins médicaux les plus attentionnés.

Toutefois il s'ensuit un amoindrissement remarquable des douleurs et un arrêt apparent du développement de la tumeur du côté de l'oreille. (Ce bon résultat local dû, pense l'auteur, à l'emploi post-opératoire du radium.)

Mais il y a alors extension en bas et en arrière le long de l'apophyse basilaire et de l'os occipital et il en résulte de la paralysie du pneumo-gastrique et du spinal.

Il s'est formé des métastases dans le triangle antérieur du cou et dans le médiastin.

La maladie a évolué en deux ans et demi depuis la constatation des premiers symptômes.

(L. Mahler, de Copenhague.)

Femme de cinquante huit ans, mariée. Pas d'antécédents particuliers. Il y a un an, un écoulement de pus fétide commence à l'oreille gauche.

Six mois après des douleurs apparaissent et l'ouïe s'affaiblit. Un polype obture le conduit. Les phénomènes douloureux augmentent et causent de l'insomnie ; céphalée et vertiges de temps en temps ; amaigrissement. Une biopsie indique du *carcinome*. Une opération est résolue.

22 septembre. — Ces deux derniers jours on a constaté de la parésie faciale gauche et de l'asymétrie ; apophyse mastoïde sensible à la pression, tuméfaction légère ; *pas de glandes*. La température du 20 au 22 septembre a oscillé entre 30°6 et 37°8.

Opération. — Trépanation : la tumeur et les parties infiltrées sont enlevées à la curette ; il n'y a pas d'envahissement de la cavité crânienne.

1^{er} octobre. — Une atténuation très marquée des douleurs a suivi l'opération ; il existe toujours de la parésie faciale. On institue un traitement aux rayons Röntgen (3 fois par semaine).

9 octobre. — Les douleurs ont recommencé, surtout marquées le soir.

14 janvier. — Une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule s'est développée dans le creux de la plaie.

• 26 janvier. — Mort sans connaissance.

(Dr Oppikofer. — *Archiv. of otology*, vol. XXXIV, n° 4
291-292, août 1904.)

Sarcome chez un enfant de sept ans et demi présentant de la tuberculose osseuse et cutanée. Il se déclare, sans antécédents, du côté de l'oreille, de la paralysie faciale droite et l'on constate alors dans le conduit externe correspondant un polype qui opéré plusieurs fois récidive rapidement. Surdité partielle, pas d'otorrhée. L'examen histologique révèle un sarcome à cellules fusiformes : la substance intercellulaire est de nature hyaline.

Intervention chirurgicale insuffisante, récidive rapide ; des symptômes de compression cérébrale apparaissent : névrite optique, parésie des troisième et cinquième paires du côté droit, parésie de la moitié opposée du corps. Coma et mort un an et demi après l'apparition du premier symptôme qui fut la paralysie faciale.

Autopsie. — On trouve une tumeur encapsulée du volume d'une orange, s'étendant par le tegmen tympani et la dure-mère dans la fosse cérébrale moyenne. Dans la fosse postérieure on trouve une seconde tumeur, grosse comme une cerise, paraissant provenir du conduit auditif interne.

(G. Garbini (Turin): — *Arch. ital. doi otol.*

Torino, 1901, XII, 43-48.)

Contributo alla casuistico dei tumori maligni dell' or. medio

DEUX OBSERVATIONS :

Première observation

Femme de quarante-trois ans, mariée, paysanne.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Le père et un frère sont morts de carcinome de l'estomac.

Antécédents personnels. — Scarlatine à quinze ans, après laquelle les deux oreilles commencent à suppurer : l'ouïe s'affaiblit peu à peu, jusqu'à surdité complète. Vers le 1^{er} juin la malade commence à souffrir de douleurs lancinantes dans l'oreille gauche, douleurs irradiant dans toute la moitié correspondante de la tête. La suppuration a diminué, mais le pus est plus épais, verdâtre, fétide. Pas de fièvre, appétit conservé.

28 août 1900.— A cause de ses douleurs, la malade vient me consulter.

A l'examen objectif de l'oreille gauche on trouve du pus : le conduit auditif normal dans sa partie externe, est infiltré et souillé de pus dans sa partie interne. Il ne reste de la membrane du tympan qu'un liseré périrrhéique et la caisse est occupée complètement par un bouton charnu, de la grandeur d'un petit pois, saignant au moindre toucher.

L'apophyse mastoïde est un peu douloureuse à la per-

cussion, mais ni tuméfiée, ni fluctuante. Pas de ganglions engorgés au cou.

A droite nous constatons une destruction notable de la membrane tympanique ; la muqueuse de la caisse est hypertrophiée, végétante.

Je pensai avoir affaire à un processus de carie consécutive à une otite moyenne chronique purulente fongueuse et je proposai de tenir la malade en observation en vue d'une intervention radicale.

Un doute subsistant, j'opérai le polype de la caisse pour l'examiner au microscope.

Douleurs continues à partir de ce jour, irradiant vers la tempe, la nuque, le cou et toute l'épaule... ; l'apophyse mastoïde tuméfiée devient molle, pâteuse, fluctuante.

Après l'examen histologique on se contente d'une incision pour donner issue au pus.

Survint une paralysie complète du facial et de l'infiltration de toute la région de l'oreille et des ganglions du cou.

Fin décembre. — Impossibilité de boire ; du pus fétide sanguinolent sort du conduit. Mort le 1^{er} juin 1901. Pas d'autopsie possible.

Examen histologique. — Tumeur constituée par du tissu connectif avec substance inter-cellulaire, tantôt fibrillaire, tantôt amorphe, dans laquelle nous notons de fréquents alvéoles de cellules épithéliales appartenant au type de l'épithélium de transition, avec fréquents phénomènes de karyokinèse.

Ces alvéoles sont tantôt petits, de forme ovoïde, tantôt au contraire beaucoup plus grands, oblongs, l'un l'autre

confluents, et dans ces derniers on note la tendance à se disposer en nids qu'ont les cellules.

Par tous ces caractères la tumeur relève d'un épithélioma de la muqueuse avec un développement rare du tissu connectif.

Deuxième observation

Femme de quarante-cinq ans, sans antécédents intéressants, débile, mariée à vingt-sept ans, mère de six enfants bien portants.

Cette paysanne a souffert d'un tracome, avec entropion et chératite ulcéreuse.

Il y a trois ans, adénites cervicales multiples suppurées.

13 juillet 1900. — La malade se présente à moi : la suppuration des ganglions du cou a un peu diminué, mais la malade se plaint de fortes douleurs dans l'oreille droite. On trouve un polype qu'on opère et qui récidive. Une intervention radicale est refusée. L'apophyse mastoïde devient douloureuse, toute la région parotidienne est empâtée et fluctuante, puis la suppuration devient sanguinolente et le moindre toucher occasionne une hémorragie.

Mort le 1^{er} mars 1901.

Examen histologique. — Sarcome à petites cellules rondes. Composé surtout de petites cellules rondes avec substance granulo-fibreuse intermédiaire. On trouve quelque élément géant par ci par là.

(Lange (W.). — *Ztschr. f. Ohrenh. Wiesbaden*, 1904-XLVI:
209-230)

*Ein Fall von primæren zylindzellen Karzinom
des Mittelohres*

Lange en 1904 publie une observation de très grande valeur : il s'agit d'un cas de carcinome primitif de l'oreille moyenne à cellules cylindriques.

Il s'agit d'un homme de quatre-vingt-trois ans présentant depuis plusieurs années de l'otorrhée à droite, accompagnée de paralysie faciale, le conduit était occupé par un polype qui enlevé à la curette fut reconnu de nature papilloma-teuse.

Le malade étant mort de cachexie sénile peu de temps après son entrée à l'hôpital, l'autopsie est faite et l'on découvre un carcinome à cellules cylindriques qui remplit l'oreille moyenne, a envahi le temporal, les ganglions du cou et le poulmons.

Il est difficile de savoir si le carcinome a pris naissance dans la muqueuse de la caisse ou dans les glandes tubulées de la trompe d'Eustache.

L'affection était caractérisée par une production excessive de sécrétion.

Nous ne reproduirons pas le très long rapport histologique qui accompagne l'observation.

(Beck (J.C.). — *Ann. otol. r. et laryngol.* Saint-Louis, 1906, XV, 103-109)

Actinomycose de l'oreille moyenne. — Autopsie

Cultivateur de cinquante-quatre ans. Il y a six mois gonflements rétro-auriculaire et cervico-latéral gauches. Plus tard il apparaît une nouvelle tuméfaction qui s'ouvre et se fistule sur le côté gauche du cou. Affaiblissement de l'acuité auditive.

Le pavillon est repoussé en avant. A la trépanation on rencontre des grains jaunes caractéristiques.

Le diagnostic histologique confirme l'actinomycose.

Récidive rapide; trois interventions. Mort subite huit jours après la dernière, avec des phénomènes méningitiques.

On trouve à l'autopsie qu'une ulcération de l'artère vertébrale a donné lieu à une hémorragie sous-arachnoïdienne. Il y a divers foyers disséminés dans l'apophyse sphéno-basilaire, l'atlas, les muscles de la nuque, le rocher, la caisse du tympan, la mastoïde.

La trompe, saine d'apparence, a probablement servi de porte d'entrée.

(Horcasitas (d'après la *Oto-rino-lar-española*, janvier 1899).

Annales des mal. de l'oreille, 1900, 1^{er} sem., p. 169)

Epithélioma de l'oreille moyenne

Horcasitas rapporte l'observation d'une femme de quarante-

cinq ans, qui huit jours après son accouchement le fit appeler pour des douleurs dans une oreille : surdité, bourdonnements, vertiges, céphalée intense et surexcitation nerveuse ; depuis cinq ou six mois elle souffrait de bruits et de surdité dont elle ne s'inquiétait pas, les attribuant à sa grossesse.

Examen. — Horcasitas reconnut la présence d'une tumeur noirâtre donnant issue à du pus sanieux. La tumeur donnait, sous le stylet, l'impression d'un corps étranger dur et saignait au moindre contact. L'extirpation d'un premier fragment indiqua un angiome caverneux ; une seconde extirpation révéla un épithélioma (trois examens probants).

Le Dr Uruñuelo pratiqua l'opération ; il fit l'incision jusqu'en dessous de la mastoïde, gratta le conduit et la caisse.

Huit mois après la malade se plaint seulement de bourdonnements et d'un peu de surdité ; il n'y a pas de suppuration.

(L. D. Brose. — *Trad. Ztschr. f. Ohrenh. Berl.* 1900, XXVI, 321-324.)

Il publie un cas de sarcome à cellules rondes et fusiformes ayant évolué chez une petite fille de trois ans et demi.

Le début est intéressant : en janvier 1898 l'enfant se plaint de douleurs d'oreille pendant vingt-quatre heures. La douleur disparaît sans traitement et n'est accompagnée ni suivie d'aucun autre symptôme. L'enfant n'a eu ni rougeole ni scarlatine. En mars 1899, mêmes douleurs pendant deux nuits, elles disparaissent encore mais quatorze jours après leur disparition on constate un écoulement de pus. En avril, polype qui récidive de plus en plus rapide-

ment, puis paralysie faciale et extension de la tumeur à la parotide, etc.

14 octobre 1899. — Mort avec des phénomènes d'excitation.

Evolution en huit mois et demi.

(Sessous. — *Monatschr. f. Ohrenh. Berl.* 1903.

XXXIV, 313.)

L'opération fut pratiquée pour un écoulement chronique fétide avec abcès subpériostal. Pendant l'opération on se trouva en face d'un cholestéatome. Pendant le traitement ultérieur on eut la surprise de voir que le cas se compliquait de carcinome. Mort rapide. On trouve à l'autopsie de l'infiltration néoplasique cérébrale. On constate la présence de trois cavités dont deux remplies de pus, la troisième occupée par le néoplasme.

(Hunter Tod. — *Archiv. int.*, mars-avril 1908.)

Epithélioma de la caisse qui récidive désespérément. Après un dernier curettage, Eve enlève quelques ganglions envahis et pratique la ligature de la carotide externe. L'épithélioma semble avoir ralenti son invasion.

(Cf. *Annales des Maladies de l'Oreille*,

1890 (1^{er} semestre) page 386.)

Szènes rapporte deux observations qui lui semblent extraordinaires.

La première concerne un professeur de quarante ans, opéré par un confrère pour une otite m.-chronique suppurée droite et une carie mastoïdienne datant de plusieurs années. Quelques mois après il vint consulter Szènes pour une suppuration fétide de la caisse, paralysie faciale et linéaire de substance de l'apophyse mastoïde recouverte d'une croûte qui cachait une carie. Malgré la perforation mastoïdienne large immédiate et l'extraction des parties cariées, le mal ne guérit pas et il fallut intervenir une seconde fois. Au microscope on ne reconnut pas le cancer que l'on supposait. Après l'observation la carie progressa et ce n'est qu'au bout de quelques mois qu'apparut le cancroïde qui s'étendait à toute la moitié droite de la tête.

Dans le second cas on avait affaire à un imprimeur de quarante ans atteint d'otorrhée bilatérale depuis son enfance ; il vint trouver l'auteur pour de vives douleurs dans l'oreille gauche. Un traitement antiseptique suivi pendant des semaines demeurant inefficace, on fit l'ouverture radicale de la mastoïde et on retira l'étrier cardé. Mais l'affection ne guérit pas, il survint d'abord une paralysie faciale, puis une carie de l'apophyse mastoïde gauche. Trois mois après, le malade fut opéré pour la seconde fois à la Polyclinique de Vienne mais encore sans résultat : il se fit opérer pour la troisième fois à la première clinique chirurgicale de Budapest où l'on diagnostiqua une tuberculose osseuse. Quelques mois après apparut le cancroïde accompagné de cachexie.

Szenes croit que dans ces deux cas l'intervention opératoire a activé le développement du cancer et il se demande si une opération plus profonde n'aurait pas arrêté la marche de la maladie.

Un cas d'épithélioma de l'oreille moyenne.

(Arthur H. Cheatle. Archives 1904 (vol. 17). p. 948.)

Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans qui se plaignait de douleurs de l'oreille gauche. La membrane, saine en apparence, faisait saillie ; on l'incisa et trouva derrière elle des bourgeons qui, enlevés à la curette, furent trouvés de nature épithéliomateuse. Rapidement la tumeur envahit le naso-pharynx, repoussant le voile du palais, puis les ganglions du cou furent atteints. Ce qui est remarquable, dans ce cas c'est le début de l'affection ressemblant à celui d'une otite moyenne subaiguë.

(A. Cheatle. — *Annales des Maladies de l'Oreille*,
1899, 2^e semaine, p. 409.)

Un cas de sarcome de l'oreille moyenne. Une enfant de deux et demi est opérée de la manière ordinaire pour une otite moyenne avec mastoïdite et formation de masses polypeuses ; l'intervention fut suivie d'un rétablissement rapide, mais l'enfant revint un mois plus tard avec des accidents cérébraux et une grosse tumeur de la région mastoïdienne, un sarcome ayant manifestement envahi les régions voisines. Elle succomba rapidement et on trouva à l'autopsie que la tumeur avait envahi la fosse cérébrale moyenne, détruit en partie la dure-mère, sans pourtant s'étendre au cerveau.

(M. Sügar. — *Archiv. f. Ohrenheilk.*, n^{os} 1 et 2,
Bd. 50, sept. 1900.)

Epithélioma de la caisse avec symptômes pseudo-bulbaires.

Homme de trente-six ans, atteint d'un cancer inopérable de la caisse à droite. Il présente une paralysie faciale droite, une paralysie avec atrophie de la moitié droite de la langue, de l'agueusie du même côté, de la paralysie de la corde vocale droite en position cadavérique. C'est une série de paralysies que l'on trouve lorsque les noyaux sont atteints au niveau du quatrième ventricule. Mais, en réalité, il ne peut s'agir dans ce cas que de lésions des nerfs dans leur trajet, englobés qu'ils sont dans les prolongements de la tumeur du côté des os et du crâne. Pas d'autopsie.

(S.-A. Lutz. — *Brooklyn. med. journ.*, février, in
Laryngoscope, août 1900. *Annales*, 1902, 1^{er} semestre, p. 157.

Enfant de neuf ans et demi atteint d'une otorrhée gauche. Le médecin traitant avait enlevé quelques granulations, mais le conduit était obstrué par une tumeur considérable masquant la membrane. L... excisa des fragments de tissu et cautérisa la base de la tumeur. En trois jours le conduit fut de nouveau obstrué. Après cocaïnisation on curetta le conduit, puis on le toucha avec l'acide chromique. En présence de nombreuses récidives, il fallut ouvrir la mastoïde, bourrée de pus et de granulations fétides. Le nerf facial fut lésé et il s'ensuivit une paralysie qui s'améliora ultérieurement. Drainage soigneux de la cavité osseuse.

La parotide fut attaquée, on l'ouvrit et on vit sortir une masse gélatineuse. Au bout d'un mois, la tumeur mas-

toïdienne atteignit un volume considérable. A l'examen microscopique, on reconnut un sarcome à cellules rondes, parsemé de cellules géantes.

(*Annales des maladies de l'oreille*, 1898, 2^e semestre, p. 476.)

*Un cas de tumeur maligne du cerveau
née dans l'oreille moyenne*

(Barr et Nicoll. *Brit. med. Journ.*, 1897, p. 1082.)

Le malade, garçon de douze ans, se plaint d'abord de violentes douleurs dans l'oreille droite qui est en même temps le siège d'une otorrhée légère ; les douleurs viennent par accès d'une intensité extrême, la nuit surtout. Au bout de trois mois il est conduit chez l'auteur qui trouve dans l'oreille une sorte de polype excessivement sensible. Il l'enlève sous chloroforme à l'aide d'une anse et arrête avec peine l'hémorragie. Le point de départ de la tumeur est évidemment la paroi osseuse de la caisse du tympan. Quatre mois après récidive et opération. Huit mois plus tard *idem* : cette fois on évide l'antra envahi par le néoplasme. Peu après on vit se développer les symptômes d'un abcès intra-crânien avec névrite optique, parésies des troisième, quatrième, sixième paires nerveuses. Dix-huit mois après le début de la maladie, on procéda à une opération plus grave, un nouvel évidement de la région anastoïdienne d'abord, qui fit constater que le néoplasme avait envahi le sinus sygnoïdien, la trépanation du crâne ensuite à la région temporo-sphénoïdienne ; au lieu d'un abcès on s'y trouva en présence d'une

tumeur pareille à celle de l'oreille et se continuant avec elle à travers le rocher.

On en enleva la plus grande partie ; l'enfant vécut encore deux mois et demi, perdit la vue et se paralysa, mais ne souffrit guère et garda l'intellect presque jusqu'à sa mort. Le néoplasme est un sarcome alvéolaire.

(*Manasse, Annales des Maladies de l'Oreille*

Année 1899, 1^{er} semestre. p. 509)

Altérations labyrinthiques secondaires à un carcinome épithélial primitif de l'oreille moyenne.

Deux observations de carcinome de l'oreille, ayant débuté par de la suppuration. En plus des masses cancéreuses (carcinome corné) et de la formation du tissu cicatriciel, on découvrit on découvrit une dégénérescence hyaline du limaçon et des canaux, en partie sous la forme de cellules hyalines, et en partie comme des gouttes hyalines isolées. Comme ces dernières altérations atteignaient la période et le tissu environnant, l'auteur les regarde comme un stade de la périostite interne chronique de l'os pétreux causé par le néoplasme.

Compaired (*El Siglio medico*, 4 janvier 1903).

Annales, 1903, 1^{er} semestre, page 391

Epithélioma de la caisse consécutif à une otite moyenne purulente chronique. Attico-antrectomie. Guérison.

Homme de trente-six ans, vieille suppuration de l'oreille droite : en février 1908 recrudescence d'écoulement et de douleur à la suite d'un refroidissement. Quatre mois plus

tard, souffrances si violentes qu'il croit devenir fou ; bientôt paralysie faciale. Fond du conduit rempli d'une masse polypoïde, rose pâle, de consistance ferme.

Le Dr Ramon y Gajal procède à l'examen histologique (probablement épithélioma pavimenteux). Le 26 novembre 1898, il trépane l'antre et l'attique par le procédé classique de Schwartze et curette le point d'implantation de la tumeur qui envoyait un prolongement jusque vers la fosse cérébrale moyenne. Au bout de deux mois, le malade est renvoyé guéri de son opération, mais gardant encore sa paralysie faciale ; toutefois cette dernière s'est peu à peu amendée dans la suite. Le 21 novembre 1902, la guérison se maintenait ; parois de la caisse et de l'antre parfaitement épidermisées, sans reproduction de la tumeur ; paralysie faciale presque complètement disparue.

Berens. — Archives of otology vol. 33-1904, p. 314.

Epithélioma chez un homme de trente-neuf ans atteint d'otorrhée depuis son enfance.

Dench. — Fibrosarcome opéré par le procédé ordinaire : la dure-mère était intéressée par la néoformation ; cependant la guérison fut obtenue et se maintient depuis deux ans.

— Autre cas : sarcome chez un enfant de huit mois. Opération, récurrence rapide ; mort.

Whiting. — Deux cas d'épithélioma semblables à celui de Berens, tous deux suivis de mort.

Haskin. — Cas semblable chez une femme adulte ; opération large, amélioration pendant six mois ; mort.

H. Knapp. — Un cas de sarcome.

After. — Autre cas où, après plusieurs récides, guérison se maintenant depuis trois ans.

Springfield (M. J.). — Illinois, 1906 IX 137-140 : un cas d'angio-endothéliome.

Deamsly. — (Archives intern. 1904, vol. 17, p. 948). Un cas de carcinome ayant envahi la surface inf. du lobe temporo-sphénoïdal, chez un homme de quarante-quatre ans.

Bermewan. — Un cas semblable chez une femme de soixante-deux ans.

Milligan. — Un cas de sarcome avec propagation au cerveau chez un enfant de deux ans et demi.

Ailleurs (J..., laryngol. Lond. 1907 XXII 105-108), Milligan cite un cas intéressant : une jeune femme atteinte d'otite moyeuue chronique depuis deux ans est opérée. On découvre un épithélioma qui avait envahi la mastoïde. Cachexie assez rapide consécutive à l'opération. On obtient une amélioration très appréciable, en trois semaines, par l'emploi des rayons X.

Abercrombie (Archiv. intern. 1904, vol. 17, p. 948) dans un cas d'épithélioma curette l'os pétreux, maintient la plaie ouverte, obtient une atténuation marquée des phénomènes douloureux.

Grand. — Epithélioma sous forme de granulations pâles avec dénudation très étendue de l'os sur le bord postérieur du méat. Amélioration de six à huit semaines après l'opération ; mais il se déclare un abcès sphénoïdal et le malade meurt fou.

Ficano. — (Bolletino delle Malattie dell'orecchio, nov. 1898).

Sarcome fuso-cellulaire avec propagation à la mastoïde chez un homme de 20 ans. Jugé inopérable.

G. Connal. — (Journal of. laryngol. nov. 1899). Sarcome chez un enfant de six ans ; extension à la mastoïde, récurrence, mort au bout de sept mois.

Alexander. — (Société Autrichienne d'otologie : janvier 1902) : carcinome opéré par Politzer ; caractérisé par des granulations dures. Amélioration consécutive pouvant faire penser à guérison.

Rossi Marcelli. — (Bolletino delle malattie dell'orecchio, juin 1905). Sarcome chez un enfant. Récurrence rapide

Treitel. — (Ein weiterer Beitrag zum Carcinom des Ohreszeitschrift für Ohrenheilkunde, t. 28.) Deux cas de cancer de la caisse, dont l'un caractérisé par des hémorragies abondantes.

Schmiegelow. — (Zeitschrift für Orenh, t. 15.)

Leuter. — (Verhandlung der deutsche otologischer Gesellschaft, 1895) citent chacun un cas d'endothéliome de la caisse.

Duplay. — (Chirurgie) cite un cas personnel d'ostéo-sarcome, 1897.

Grüber. — (Monatsch. für Ohrenh., nov. 1895), quatre cas d'épithéliomes.

Brunner. — (Archiv. für Ohrenh., t. V, p. 28), un cas d'épithéliome.

Boke. — (Archiv. für Ohrenh., t. I, p. 28), un cas d'ostéo-sarcome.

Bræckaert. — (Ann. Soc. de méd. de Gand, 1898) un cas de carcinome épithélial.

CONCLUSIONS

Les tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne sont rares. Leur étude est importante à cause de leur gravité.

Leur pathogénie semble différente suivant que l'on a affaire à des sarcomes ou à des épithéliomes.

Le plus souvent le sarcome paraît prendre naissance spontanément, tandis que l'épithéliome est toujours consécutif à un processus morbide qui a modifié la muqueuse de la caisse.

Leurs symptômes n'ont, au début, rien de caractéristique ; on les confond aisément avec des polypes ; toutefois la sécrétion est fétide, sanieuse, et les hémorragies sont plus abondantes.

Les douleurs, la paralysie faciale sont des signes constants, parfois précoces.

L'évolution est très rapide.

Le pronostic est presque absolument fatal à cause d'un diagnostic toujours tardif et de la difficulté d'une ablation complète. D'où la nécessité d'un examen histologique de tout bourgeon charnu qui récidive rapidement.

Le traitement chirurgical, rarement curatif, ne

doit pas être limité à une extraction simple et à un grattage par le conduit.

Il faut opérer même sans espoir de guérison et quelquefois contre les règles de la chirurgie, l'intervention amenant toujours une atténuation très marquée des phénomènes douloureux.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY

Vu :
Le président de la thèse,
RECLUS

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE (1)

- Zeroni.* — Sur le carcinome de l'origine auditif. Archiv. fur Ohrenheilkunde, 48 Band. 3 u 4 Heft.
- Marchal.* — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne. Paris 1894-1895, thèse, 275.
- Fuynel.* — De la dégénérescence cancéreuse des vieilles otites suppurées. Lyon 1898, thèse, n° 130.
- Beck.* — Tumors of the middle ear, Laryngoscope, Saint-Louis 1905, XV, 765-772.
- Voislowsky (A.-P.).* — Tumors of the ear. Ann. ot. rh. lar. Saint-Louis 1905, XIV, 768-778.
- Malher.* — Sur le cancer de l'oreille. (Arch. Int. de lar., oct. 1906.)
- Duplay et Reclus.* — Traité de Chirurgie.
- Quénu.* — Chirurgie, t. I, p. 385.
- Garnault.* — Précis des maladies de l'oreille. Paris, Doin. 1895.
- Steinbrugge.* — L'oreille, (trad. par Rattel. Paris 1895.)
- Charazac.* — Revue laryngologique de Moure, 1892, n°s 1, 2, 3.
- Hartmann.* — Les maladies de l'oreille et leur traitement. Paris, 1890.
- Schwartze.* — Arch. f. ohr., Bd. IX, p. 208.
- Kretschmann.* — Arch. f. ohrenh., Bd. XXIV, p. 231.
- Politzer.* — Arch. f. ohrenh. Bd. XIX, p. 78.

1. Nous ne reproduirons pas la plus grande partie de la bibliographie, chaque observation est accompagnée de ses références.

